

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARILIZE SONNTAG OKOINSKI

A IMPLANTAÇÃO DO SAMU PARA O AUXÍLIO NO ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE COLOMBO: UMA QUESTÃO DE
NECESSIDADE EM SAÚDE

CURITIBA

2016

MARILIZE SONNTAG OKOINSKI

A IMPLANTAÇÃO DO SAMU PARA O AUXÍLIO NO ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE COLOMBO: UMA QUESTÃO DE
NECESSIDADE EM SAÚDE

Trabalho apresentado como requisito parcial
para obtenção do grau de especialista em gestão
de saúde no curso de pós-graduação, setor de
ciências sociais aplicadas, Universidade Federal
do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Leila Maria Mansano
Sarquis

CURITIBA

2016

Dedico este trabalho aos meus pais Antônio e Erica que me acompanharam ao longo da caminhada para a construção deste trabalho científico.

RESUMO

O estudo teve como objetivo geral apresentar uma proposta de melhoria no atendimento aos pacientes portadores de crises psiquiátricas na região de Colombo. Como objetivos específicos, o trabalho em pauta visa: propor capacitação técnicas aos funcionários do município para o atendimento destes pacientes; e descrever um fluxograma para o atendimento psiquiátrico no município de Colombo. Após o conhecimento do atendimento destes pacientes, foram descritas algumas medidas para que este projeto possa ser viabilizado no município de Colombo tais como: verificar junto à Secretaria de Saúde se há algum projeto de implantação do Samu no município e os dados referentes aos atendimentos de urgências realizados atualmente no município, a fim de identificar quais as dificuldades que o município encontra para a implantação do mesmo; acompanhar as etapas da implantação do serviço móvel de urgência e participar das reuniões; recomendar a inclusão do projeto de implantação em pauta nos Conselhos Municipais de Saúde; criar um comitê responsável pela condução do processo de efetivação e monitoramento de suas ações e estabelecer indicadores mensais que evidenciem com exatidão os atendimentos realizados nos Pronto-Atendimentos. Tais medidas podem contribuir significativamente com a comunidade e mudar o perfil no atendimento. Entende-se que tais medidas precisam da contribuição das unidades e infraestrutura para tal realização. Acredita-se que este estudo possibilitará um novo olhar ao cliente que utiliza o SUS (Sistema Único de Saúde), bem como, atenderá suas necessidades.

Palavras-chave: crise, saúde mental, urgências e emergências, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The study main target was to submit a proposal for improvement in care for patients with psychiatric crises in Colombo. The quoted paper has as specific objectives: propose technical training to county's servers for these patient's care and write a flowchart for psychiatric care in Colombo city. After these patients care were identified; measures for the feasibility of this project within this district were described; such as: verify with Health Department if there is any SAMU's implementation project within the district and the data related to the urgency service provided within the district - in order to identify difficulties for such implementation -; monitor urgency mobile service step's implantation and attend meetings; recommend to include the project implantation within the Municipal Health Council's agenda; create a committee responsible for the conduct of the process execution and monitoring of its actions and establish monthly indicators that demonstrate the precisely the care provided in the emergency department and intensive care units. These measures can significantly contribute to the community and change the profile in attendance. It's understood that these measures need unit's contribution and infrastructure for such achievement. It's believed that this study enabled a new perspective to the Brazilian's Unique Health Care System (SUS) customers as well as attend to their needs.

Keywords: crisis, mental health, urgency and emergency care, primary health care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA1- FLUXOGRAMA DOS ATENDIMENTOS NOS PRONTO- ATEDIMENTOS.....	12
FIGURA 2- FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL.....	16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 APRESENTAÇÃO	01
1.2 OBJETIVO GERAL	02
1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	02
1.4 JUSTIFICATIVAS	03
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	04
2.1 HISTORICIDADE DA REFORMA PSIQUIÁTICA.....	05
2.2 CRISE/ SURTO PSIQUIATRICA (O).....	07
2.3 ATENDIMENTOS A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA PSIQUIATRIA....	09
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	10
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	11
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	11
3.3 FLUXOGRAMA DOS ATENDIMENTOS NOS PRONTO-ATENDIMENTOS.....	12
3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PROMOÇÃO A SAÚDE.....	13
3.5 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	15
3.6 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO PSIQUIATRICO NO MUNICÍPIO DE COLOMBO.....	16
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	18
4.1 PROPOSTA TÉCNICA	18
4.1.1 Plano de implantação	19
4.1.2 Recursos	20
4.1.3 Resultados esperados	20
4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	21
5 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXOS.....	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Cada vez mais se ouve falar em noticiários, revistas, jornais no aumento do número de casos relacionados a transtornos mentais. Os transtornos mais comuns dentre a população são: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, TOC (transtorno obsessivo compulsivo). Estes estão classificados através de um guia de referência denominado CID F-10. Estes transtornos quando não tratado corretamente com a utilização de medicação e psicoterapia, podem desencadear uma situação de crise psiquiátrica.

Há muitos questionamentos dos profissionais da saúde em relação ao atendimento na crise psiquiátrica, dentre estes quais os serviços responsáveis pela realização da abordagem e encaminhamento dos pacientes aos serviços de pronto-atendimentos e hospitais psiquiátricos. As portarias que retratam os atendimentos de urgência, regulação e entradas nos serviços de urgência (1863/2003; 1600/2001) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011).

Segundo Santos (2011), o atendimento à crise psiquiátrica, conforme legislação e diretrizes da Reforma Psiquiátrica podem ser realizadas pelos Centros de Psicossocial, Emergência em Hospital Geral e Emergência Psiquiátrica, Atenção Básica e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

O município de Colombo conta hoje com o atendimento de remoção dos pacientes, com auxílio de ambulâncias, porém sem uma equipe técnica especializada (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). O município conta também com o apoio do SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências), que realiza atendimentos emergências.

De acordo com dados do Ibge (2015), este município possui atualmente uma população estimada em 232.432 mil habitantes, e uma área territorial de 197,793 km², ainda não possui o sistema de atendimento à urgências SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

São necessárias, portanto, medidas que solucionem esta situação viabilizando a implantação do serviço de atendimento de urgências no município,

para que a população possa ser melhor assistida em todas as situações de urgências, sejam elas clínicas, clínicas psiquiátricas e traumas.

A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde. O aumento do número de acidentes, da violência urbana e insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população brasileira (BRASIL, 2002).

Por isso, diante de tal situação, é de relevância o presente trabalho, pois abordará o tema referente à implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para prestar assistência aos pacientes em situação de crise psiquiátrica, haja que o município de Colombo localizado na região metropolitana de Curitiba, possui uma população considerável e ainda esta em processo de urbanização.

1.2 OBJETIVO GERAL

Apresentar uma proposta de melhoria no atendimento aos pacientes portadores de crises psiquiátricas na região de Colombo.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Propor capacitação técnica aos funcionários do município para o atendimento destes pacientes;
- Descrever um fluxograma para o atendimento psiquiátrico no município de Colombo.

1.4 JUSTIFICATIVA

Ao trabalhar em uma Unidade de Média Complexidade que realiza atendimentos à pacientes com transtorno mental (CAPS II- Centro de Atenção Psicossocial) no município de Colombo e tendo constante realização de atendimentos à pacientes em crise, em carro comum da prefeitura em alguns casos com o auxílio de ambulância, surgiu o interesse em descrever a implantação de um serviço de atendimento de urgência no município, cujo resultado beneficiará a população. Para tal torna-se necessário conhecer o fluxo das emergências psiquiátricas na região de Colombo, bem como descrever a quantidade de entradas de urgências psiquiátricas no Pronto-Atendimento, como a quantidade de ambulâncias disponíveis para este atendimento.

Enquanto enfermeira do Caps II percebo uma lacuna referente ao atendimento adequado aos pacientes que se encontram em situação de crise, a dificuldade de abordagem e o manejo destes pela equipe dos pronto-atendimentos, e até mesmo a falta de equipe nas ambulâncias do município.

O Caps II é uma unidade responsável por realizar atendimentos em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, disponibilizando atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), atendimentos em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Para tal conta com recursos humanos de 01 médico psiquiátrico, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional ao projeto terapêutico), 06 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão), de acordo com a Portaria GM/MS (BRASIL, 2002).

As urgências/ emergências em saúde mental estão estreitamente relacionadas com as diversificadas crises evolutivas e acidentais inerentes à vivência humana, porém a que caracteriza uma urgência em saúde mental é a manifestação de comportamento em decorrência de uma situação em que a pessoa

se encontra e para qual seu funcionamento geral está gravemente prejudicado (TOWNSEND, 2002).

As emergências psiquiátricas podem ser caracterizadas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de outros (FRIEDMANN, 1982). De acordo com Hillard (1994) as emergências psiquiátricas também podem ser definidas como qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes na comunidade.

A Portaria 2048/GM que regulamenta o atendimento das urgências e emergências a crise em saúde mental, é frequentemente tratada como urgência psiquiátrica, sendo tida como uma das atribuições do SAMU conjuntamente com a rede de atenção à saúde mental e polícia e o corpo de bombeiros (BRASIL, 2002).

O presente trabalho assume importância na medida em que procura contribuir para a gestão em saúde, bem como para toda sociedade. É, portanto, um projeto que se aplica em demonstrar a contribuição de suporte do SAMU nas situações de urgência, principalmente psiquiátricas, o qual é o tema central deste trabalho não só a para este município, mas sim que possa contribuir em forma de estudo, para a melhoria dos atendimentos em geral.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A seguir foram abordados os temas referentes às crises psiquiátricas, revendo a história da reforma psiquiátrica e conceitos, bem como a legislação vigente dos atendimentos a urgências e emergências e questões específicas ao tema central de estudo.

2.1 HISTORICIDADE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias do cuidado (BRASIL, 2005). Dentro do processo de desinstitucionalização foram ampliadas e organizadas estratégias de substituição, para a assistência prestada aos usuários que seguiam ao modelo hospitalocêntrico tradicional: como redução de leitos, residências terapêuticas (SRT), ou simplesmente moradia que são casas localizadas no espaço urbano, com a demanda de responder as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtorno mental graves e egressos de hospitais psiquiátricos ou não (BORGES, 2013).

A trajetória de desinstitucionalização italiana tem sido uma das referências da atual reforma psiquiátrica. Esse referencial embasou, sob vários aspectos, o processo da reforma, particularmente a partir do final da década de 1980, o lema do movimento social “por uma sociedade sem manicômios” (SILVA, 2009).

Embora os dois primeiros momentos da atual Reforma tenham introduzido uma série de críticas, denúncias e propostas de mudanças, o fracasso das experiências “alternativas” ao modelo da psiquiatria clássica em todo o mundo, fazia o testemunho de que não era possível continuar fazendo reformas “sem atingir o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades” (AMARANTE, 1995).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental. E na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospital dia, e as primeiras normas para

fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. É somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional que é aprovada a Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental (Brasil, 2005).

Por sua vez a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Em 2002 é lançada a portaria GM/MS nº 336 que regulamenta o funcionamento dos CAPS (centro de atenção psicossocial), que por sua vez funciona como dispositivo para manutenção dos cuidados fora dos hospitais psiquiátricos. Oferecendo aos pacientes atendimento médico, psicoterapia com profissionais da psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, assistência social, educador físico e pedagogo. Com funcionamentos de segunda a sexta nos casos dos Caps I e II, e atendimento 24 horas nos casos dos Caps III (Brasil, 2002).

O entendimento do termo reforma psiquiátrica não é unívoco, uma vez que se baseia nas passagens históricas e culturais nas quais se fundam os projetos institucionais, os valores, as questões éticas, a relação entre Estado e cidadãos, as políticas públicas e as diferentes formas de compreender e interpretar os saberes e as práticas da psiquiatria (NICÁCIO, 2003).

Segundo Gonçalves (2001) o que se espera não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, espera-se muito mais o resgate ou estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, esperando assim a autonomia e reintegração do sujeito à sociedade, e dar o suporte necessário a fim de evitar que ocorra uma situação de crise.

Esta Reforma implica nos cuidados direto dos familiares para com os pacientes, e os serviços de saúde. Mas muitas das vezes não há um suporte familiar adequado, e o paciente deixa de frequentar o Caps, fazer uso da medicação psiquiátrica, levando à uma situação de crise, tendo que ter o suporte do serviço de urgência para o encaminhamento aos Pronto-Atendimentos e até mesmo aos Hospitais Psiquiátricos, quando estes prestam atendimento iniciais aos casos de crises.

2.2 CRISE/ SURTO PSIQUIÁTRICA (O)

No Brasil os pacientes em situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública. Até a reforma na assistência à saúde mental, que foi iniciada na década de 1980, a maioria destes pacientes eram atendidos nas portas de entradas dos manicômios, de maneira improvisada nos diversos serviços de saúde não psiquiátricos, ou ainda em abordagens não médicas, como serviços de polícia e religiosos (BARROS, 2010).

Para que possamos dar sequência a este estudo, é necessário o conhecimento acerca do conceito da palavra “crise”. A palavra crise é originária da palavra grega *krisis*, que circunscreve uma situação na qual uma decisão precisa ser tomada, sendo assim esta palavra assume desde suas origens um sentido relacionado a transcrição, separação, desequilíbrio, transitoriedade e acima de tudo uma oportunidade de crescimento (FERIGATO, 2007).

Em psiquiatria o termo crise é utilizado para caracterizar as urgências e emergências psiquiátricas, as quais abrangem psicoses, tentativa de suicídio, depressões, síndromes cerebrais orgânicas (BRASIL, 2002).

A crise pode advir de uma situação imprevisível como doença, desemprego e morte, ou imprevisível como a adolescência, gravidez, envelhecimento, etc. Nesta perspectiva o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos ou externos ao organismo (FERIGATO, 2007). Em termos é a dificuldade em lidar com as situações de mudanças na rotina, no cotidiano, na qual o indivíduo passa a não dar conta, muito frequente nos dias atuais onde há um desenvolvimento acelerado devido ao capitalismo, exigindo novas adaptações.

Segundo Willrich (2009), no decorrer do desenvolvimento da vida ocorrem vivências conflitivas que marcam definitivamente o sujeito e sua história. Em saúde mental, considera-se crise psiquiátrica o momento de vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba gerando uma desestruturação da vida psíquica, familiar e social do sujeito.

Para Santos (2011), o atendimento a crise psiquiátrica é considerada um dos nós da reforma psiquiátrica, pois vem sendo muito discutido dentro da proposta da

atenção psicossocial, devido ao estigma e preconceito ligado à loucura que se refletem no atendimento prestado pelos serviços de saúde mental como o SAMU.

Antes isolada e escondida atrás dos manicômios, hoje as crises ganham o espaço social, com a diminuição dos leitos e das internações. Isso gerou também a necessidade de criar serviços para dar conta dessa nova demanda. Neste contexto a Política Nacional de Atenção a Urgências ratificou a responsabilidade do serviço de atendimento móvel de urgência SAMU no que tange à assistência em crises psíquicas (BRASIL, 2002). Não obstante, a Política Nacional de Atenção às urgências, ainda aponta a crise psiquiátrica como objeto de intervenção da polícia, mesmo diante do seu completo despreparo para esse tipo de atuação e de seu caráter histórico de agente de repressão e manutenção da ordem. Isto não significa que a ajuda policial não possa ser solicitada ou que medidas mais drásticas não possam ser tomadas no caso de um paciente em crise que esteja ameaçando de forma concreta a sua própria vida ou a de terceiros (emergência psiquiátrica) (BONFADA, 2012).

Nos chama a atenção também o esquecimento por muitos profissionais da saúde da potência intrínseca ao momento de crise, da chance que este momento oferece para uma oportunidade de transformação e de desvio, pois embora toda essa vivência de sofrimento, angústia e invasão seja uma marca importante da crise, em proporções de mesmo valor podemos caracterizar seu momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito (FERIGATO, 2007).

Toda relação com o paciente em crise exigirá uma urgência de ação. A angústia que nos mostra um paciente diante de uma situação que ultrapassa o limiar da contenção, demanda alguma intervenção de forma iminente. Por esta razão Tognoni (2001) define a emergência psiquiátrica como um fato imprevisto que necessita de uma intervenção imediata. A seguir poderemos identificar os atores responsáveis pelo atendimento nas situações de crises psiquiátricas.

O atendimento em emergência na saúde mental deve ser realizado com uma equipe capacitada, visto que nestas situações o paciente normalmente encontra-se agitado, com confusão mental, necessitando assim do auxílio medicamentoso e até mesmo contenção mecânica.

2.3 ATENDIMENTOS A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA PSIQUIATRIA

A Política Nacional de Atenção às Urgências ratificou a responsabilidade do serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU, no que tange a assistência em crises psíquicas (BRASIL, 2002). O papel do SAMU no tocante às urgências psiquiátricas foi ratificada durante a 1ª oficina Nacional de Atenção às Urgências em Saúde Mental, que aconteceu na cidade de Aracaju SE no ano de 2004. O evento foi o primeiro diálogo prático para operacionalizar a articulação entre a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2007).

A Portaria GM/2008, além de definir as urgências psiquiátricas, atesta que estas são de competência técnica dos serviços de urgência. Dessa forma o SAMU se traduz em porta de entrada ambulante, fazendo a articulação e regulação do fluxo da demanda de Saúde Mental que chega até a rede de urgência (BRASIL, 2002).

O atendimento pré-hospitalar móvel na área da urgência procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou até mesmo à morte, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Este serviço deverá estar vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios (BRASIL, 2002).

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso do álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; e 2,3% do orçamento do SUS são destinados para a saúde mental. A partir destes dados apresentados, nota-se o grande número de brasileiros com transtornos

mentais e que em algum momento de suas vidas poderão precisar do atendimento à crise realizado pelo Serviço Móvel de Urgência (BRASIL, 2010).

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, nos serviços que funcionam exclusivamente para este fim, os tradicionais Prontos-socorros estando estes adequadamente estruturados ou não. Abertos 24 horas do dia estes serviços acabam por funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados de atenção primária e especializada e as urgências sociais. Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados (inclusive de psiquiatria e Caps), serviços de diagnósticos e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, resgate, ambulâncias do setor privado, etc), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2002).

De acordo com Knobloch (1998) o profissional que realiza o atendimento à crise se debruça diariamente sobre situações que rompem o mundo representacional, e, neste caso, o terapeuta constitui-se como uma ponte entre o paciente e a realidade. Ainda segundo este autor o profissional deve funcionar como “um agente que liga, que cimenta os fragmentos do sujeito”.

Tal fato evidencia a necessidade dos profissionais atuantes em serviços de urgência e emergência manterem-se atualizados em relação ao desenvolvimento técnico-científico (SANTOS, 2011).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria Municipal possui na atenção primária 22 unidades de saúde, 02 equipes NASF (01 em processo de construção), 01 unidade da saúde da mulher. Já na atenção secundária possui 01 CAPS AD (álcool e outras drogas), 01 CAPS II (transtorno mental), 02 Centros de Especialidades Médicas, 02 Pronto Atendimentos.

As unidades de saúde básicas realizam procedimentos de enfermagem, tais como curativos, retiradas de pontos, vacinas, distribuição de medicamentos para o controle da pressão arterial, exame do câncer do colo de útero, controle de pressão arterial, verificação de glicemia, entre outros. As unidades de Estratégia de Saúde da Família realizam essas ações, mas contam também com médico da família, e visitas domiciliares com o objetivo da promoção à saúde.

Para o atendimento de urgência e emergência, contam hoje com o suporte do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), 02 ambulâncias municipais prestando atendimento e 02 em manutenção.

E na distribuição de medicamentos de uso controlado, conta com 02 farmácias centrais, que realizam atendimentos de segunda a sexta em horários comerciais.

Já para o atendimento materno infantil possui o Hospital Maternidade, atualmente administrado pela Área de Saúde do Grupo Marista. Em relação ao atendimento hospitalar esta com o Hospital Santa Casa de Misericórdia interditada neste momento, em reforma para atender as condições de vigilância sanitária e número adequado de profissionais, sem previsão de abertura.

Outros serviços disponibilizados, de vigilância à saúde são: nutrição, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e o programa municipal de DST/AIDS e Hepatites (COLOMBO, 2014).

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Estima-se atualmente que no município de Colombo mais de 27 mil pessoas sofram com transtornos mentais, e mais de 13 mil pessoas com dependência de

álcool e outras drogas, totalizando uma população aproximada de 41 mil pessoas que necessitam de cuidados mentais em algum momento da sua vida (COLOMBO, 2015). Segundo dados do IBGE (2015), o município possui uma população estimada em 232.432 mil habitantes, então o percentual da população que necessita de cuidados com a saúde mental fica hoje em torno de 18%.

Analisando os dados populacionais e o percentual de pessoas em sofrimento mental, foi realizado o método da coleta de dados com a devida autorização da Secretaria de Saúde. Foi realizado um levantamento de dados dos atendimentos nos Pronto-Atendimentos, incluindo os atendimentos psiquiátricos. E também verificado se há alguma proposta no município para implantação do SAMU.

3.3 FLUXOGRAMA DOS ATENDIMENTOS NOS PRONTO-ATENDIMENTOS

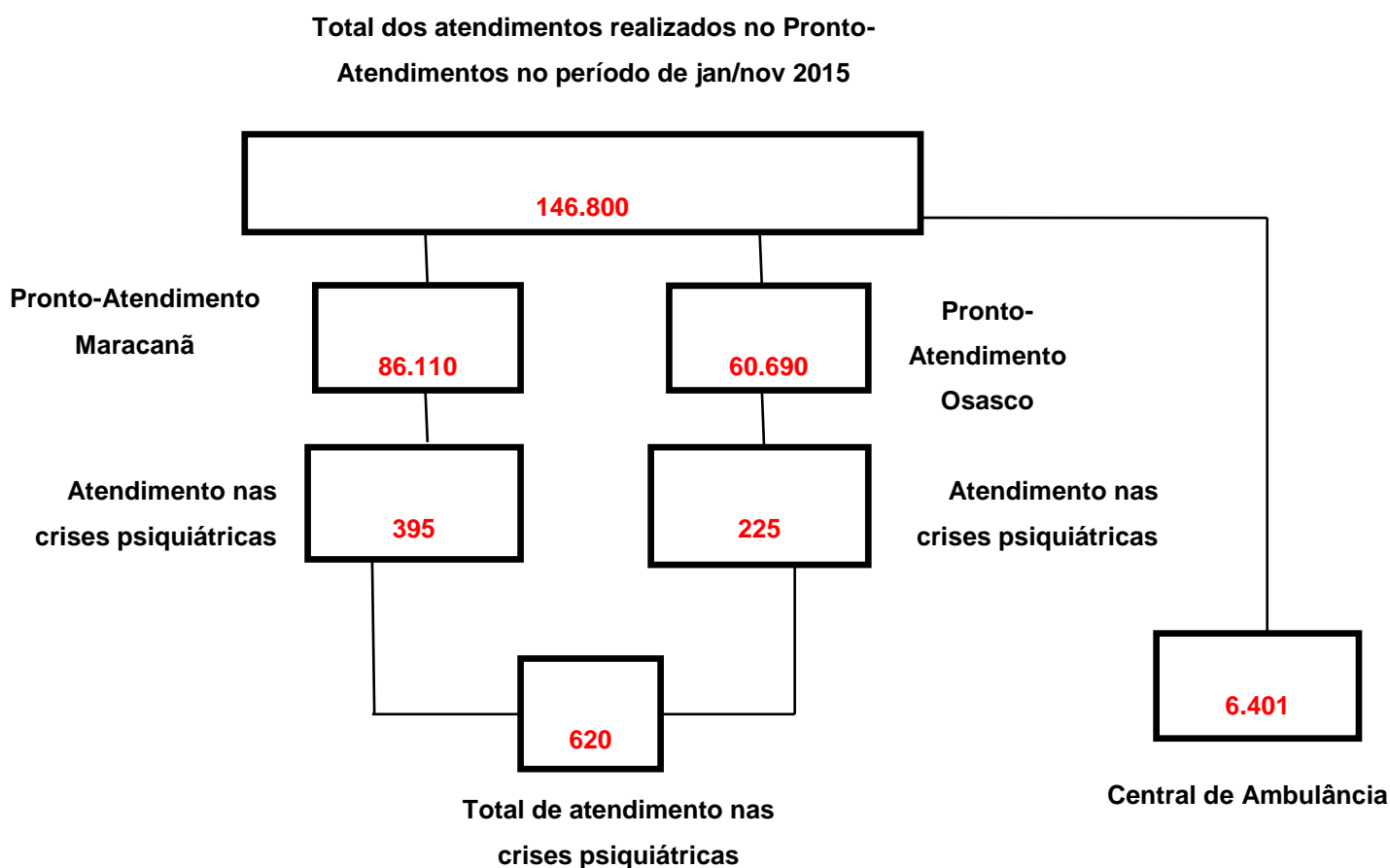


FIGURA 1- FLUXOGRAMA DOS ATENDIMENTOS NOS PRONTO-ATENDIMENTOS

FONTE: O autor (2015).

Analisando o fluxograma podemos verificar que de janeiro à novembro de 2015 deram entrada nos Pronto-Atendimentos 620 pacientes em situação de crise psiquiátrica, ou seja, o equivalente ao percentual de 0,42% da população geral atendida. Podemos concluir também que do total de atendimentos realizados 146.800, o percentual de pacientes que necessitaram do transporte em ambulância municipal foi de 0,43%.

Conforme podemos verificar no texto anterior, 27 mil pessoas sofrem de transtornos mentais no município Colombo (2015), destes gerou um percentual de 0,23% que necessitaram de atendimento em urgência psiquiátrica. O que nos faz comprovar que o trabalho na saúde mental Caps II e o Centro de Especialidades Médicas (ambulatório de saúde mental) estão sendo eficientes no atendimento psiquiátrico.

De uma maneira geral, o que preocupou foi a quantidade de pacientes que necessitaram do suporte de urgência neste período. Conforme a estimativa Ibge (2015) a população do município é de aproximadamente 232.432 mil habitantes, e destes 146.800 utilizaram o atendimento de urgência, ou seja, 63,15 %. Um dado preocupante, haja vista que há um déficit no atendimento e acompanhamento destes pacientes na atenção primária, à promoção e prevenção na saúde.

3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, enfatizou a importância da Atenção Primária em saúde defendida pela OMS como a chave para uma promoção da saúde de caráter universal (WESTPHAL, 2006).

No Brasil, o conceito ampliado de saúde e a associação entre determinantes sociais e condições de saúde tiveram contribuição significativa a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, especialmente nas discussões ocorridas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde Brasil de 1986, que definiu que “a saúde é resultante das” condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e acesso a serviços de saúde, e que há necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde

consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram criadas estratégias de promoção da saúde, visando à integralidade de atenção, à ampliação da quantidade dos serviços de saúde e a qualidade destes (MACHADO, 2007).

A promoção da saúde tem na sua raiz conceitual o alívio do sofrimento das pessoas, e essa relação, apesar de não estar claramente explícita em sua definição, é muito importante para os profissionais da saúde. Na busca do alívio do sofrimento, existem ações que pertencem ao campo dos serviços de saúde e ações externas aos serviços de saúde (RASELLA, 2013)

De acordo com Demarzo (2008) é importante salientar a diferença entre prevenção de doenças e promoção da saúde, enquanto que a primeira trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde das camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis.

A Atenção Primária em Saúde deve ser o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, sem restrição de acesso, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de encaminhamento das pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde (FERIGATO, 2007).

Para que o paciente seja atendido em todas as suas necessidades é necessário que os profissionais estejam capacitados, educação em saúde. Para Pedroso (2005) as diretrizes da educação para saúde foram definidas, pelo Ministério da Saúde em 1980, como atividades planejadas que tinham como objetivo criar condições para produzir transformação de comportamento.

Pode-se ressaltar que a educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo (CERVERA, 2011).

3.5 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

O enfermeiro pode atuar em clínica cirúrgica, ortopedia, pediatria, oncologia, centro cirúrgico, centro obstétrico, central de material, Uti adulto, Uti infantil, Uti neonatal, enfermagem do trabalho, auditoria, *home care*, na atenção básica, equipes de estratégia saúde da família, psiquiatria, entre outras funções.

Na psiquiatria o enfermeiro atua tanto nos hospitais psiquiátricos como nos Caps (adulto e infantil). As transformações no papel do enfermeiro psiquiátrico ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada ao asilo, isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica e às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do doente mental (CAMPOS, 2000).

As práticas de enfermagem de acordo com Fraga (2000) no interior das instituições asilares, e posteriormente dos hospitais psiquiátricos constituíam-se de tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes, entre as atividades envolvidas eram “práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos, como a insulino terapia, entre outros”.

O processo de busca que permeia a prática da Enfermagem Psiquiátrica implica na capacidade de observação disciplinada e o desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda (MIRANDA, 1999). Ainda considerando as funções do enfermeiro dentro da psiquiatria Villela (2004) descreve que as funções estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao doente a enfrentar as pressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir ao paciente, à família e a comunidade, auxiliando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental. Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico.

Para Stuart (2001) o papel preconizado do enfermeiro em psiquiatria é criar e manter ambiente terapêutico, aproveitamento de todos os recursos humanos e

materiais para oferecer aos pacientes um bom acolhimento, compreensão, apoio, tratamento pessoal, atividades de reestruturação e inclusão na dinâmica global. Dentre as características do papel do enfermeiro ainda destaca-se a assistência ao paciente em seus aspectos somáticos; ação como agente socializador; atuação como agente psicoterapêutico através do relacionamento um a um; participação nas ações comunitárias e em pesquisas relacionadas à saúde mental para contribuir com desenvolvimento da enfermagem e a utilização racional de recursos no planejamento e realização da assistência; promoção e manutenção da saúde; gerenciamento; realização de aconselhamento e visita domiciliar; intervenção através de ação comunitária; consulta e diagnóstico de enfermagem; implementação do plano de cuidados e avaliação da assistência; colaboração na relação de pessoal para favorecer o relacionamento do pessoal de enfermagem e paciente, e inclusive aos atendimentos nas situações de crises.

3.6 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO NO MUNICÍPIO DE COLOMBO

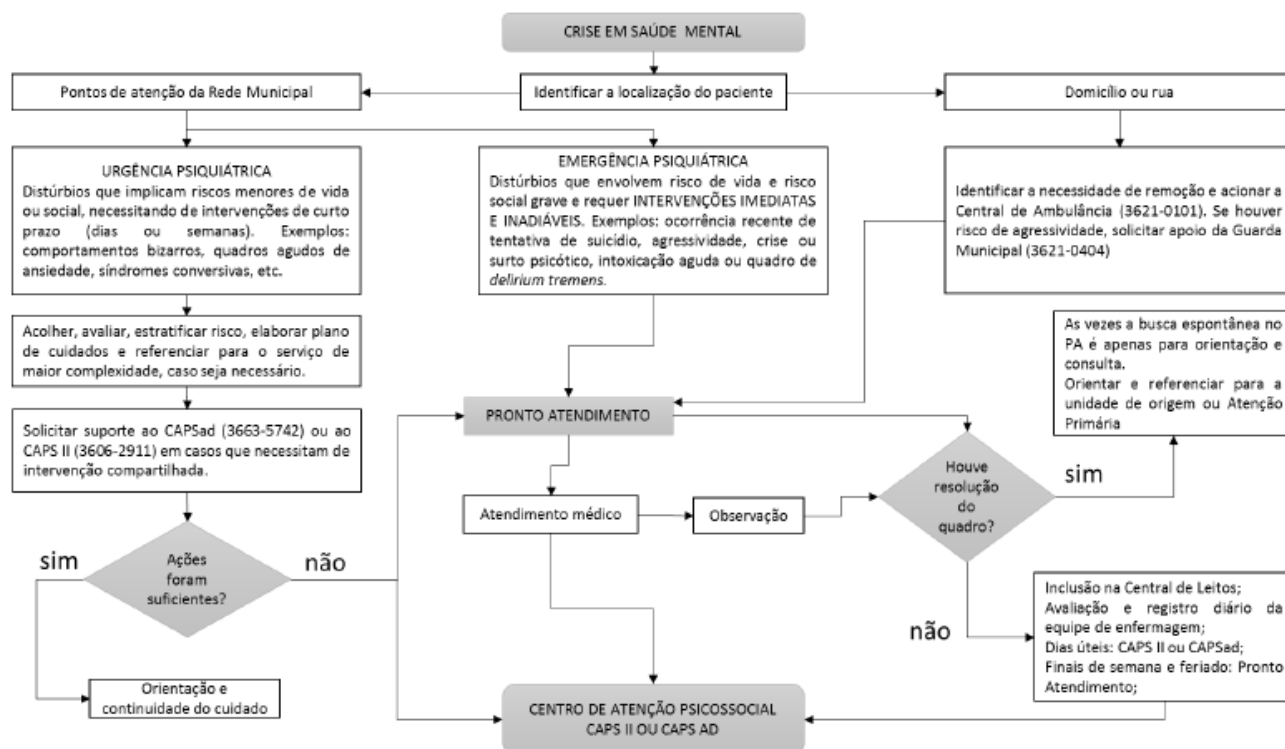


FIGURA 2- FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL
Fonte: COLOMBO (2015).

Como podemos verificar através da figura 1 Colombo (2015), do atendimento psiquiátrico no município de Colombo, nas situações de crise primeiramente o paciente é identificado (localização), em caso emergencial é encaminhado ao Pronto-Atendimento, e na urgência para a Atenção Básica. Nesta é realizado o acolhimento, avaliação e estratificação de risco, caso haja necessidade o paciente pode ser encaminhado para o serviço de maior complexidade como o CAPS AD ou o CAPS II.

Quando encaminhado ao Pronto-Atendimento é realizado o atendimento médico, depois de estabilizado o quadro é referenciado aos CAPS. Em um caso agravante é inserido na Central de Leitos, onde fica em fila de espera para o internamento. Mesmo inserido na Central de Leitos este paciente é referenciado ao CAPS para o monitoramento até que a vaga seja liberada.

Definido como lugar de referência e tratamento para pacientes, preferencialmente psicóticos, neuróticos graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência, justifiquem a permanência numa instância de cuidados intensivos, comunitários, personalizados e promotores de vida, os CAPS também responsabilizam-se por gerenciar os casos oferecendo cuidado clínico competente e personalizado aos usuários e por promover a inserção social dos pacientes através de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer (BRASIL, 2002).

De acordo com Barros (2003) a construção da assistência no Caps, bem como da rede de serviços substitutivos, deve possibilitar a construção de projetos de vida. Esses equipamentos devem promover a inserção social das pessoas com transtorno mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica.

Logo o Caps como um dos principais alicerces, senão o principal, tem no cuidado no território e na possibilidade efetiva de trocas entre os sujeitos envolvidos a estrutura de um serviço matricial e constituinte de uma rede de cuidados.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Para atender o objetivo deste trabalho foi necessário conhecer os atendimentos de urgências no município, através dos atendimentos realizados nos Pronto-Atendimentos, e também averiguar a quantidade de atendimentos clínicos psiquiátricos. Contudo estes atendimentos surpreenderam com o número elevado de atendimentos de urgência, e um número de atendimentos razoável através das ambulâncias. Isso pode ser explicado porque algumas pessoas vão até a atenção secundária (Pronto-Atendimentos) a pé, em transporte coletivo e particular.

Como não havia dados especificando a quantidade de atendimentos clínicos e traumas, somente os dados dos atendimentos clínicos (psiquiátricos), pode se entender que muitos casos poderiam ser resolvidos na atenção básica, com a promoção e prevenção à saúde.

Faz-se necessária a capacitação dos profissionais que realizam o atendimento para população, para que estes profissionais possam conscientizar e orientar a população quanto às medidas preventivas na saúde (acompanhamento com o ginecologista, clínico geral, incentivo as práticas de atividade física, alimentação adequada, entre outros).

Nos serviços de saúde, a área de recursos humanos ainda é fortemente marcada pelos procedimentos de administração de pessoal, e as respostas às demandas de desenvolvimento são pontuais, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde. Contudo, essas atividades de educação continuada são importantes para a consolidação do SUS, visto que podem, em alguma medida, “aproximar o vácuo existente entre a formação e a real necessidade do sistema de saúde” (PEDROSO, 2005).

A educação no trabalho insere-se, portanto, num contexto tenso, em que há possibilidade tanto de meramente produzir a tecnicidade e a normatividade do trabalho, como de configurar oportunidades de recomposição dos processos de trabalho, de modo que os trabalhadores da saúde possam reconhecer, negociar e

responder de forma mais pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO, 2007).

Esta alternativa da educação em saúde foi escolhida por considerar que não há exigência de recursos financeiros, pois a capacitação pode ser realizada através do gestor com os profissionais já existentes no quadro de funcionários, recursos humanos, com a finalidade de diminuir os atendimentos nos Pronto-Atendimentos.

4.1.1 Plano de implantação

Estes são os pontos que serão propostos para o enfrentamento da situação-problema até aqui exposta:

- Verificar junto à Secretaria de Saúde se há algum projeto de implantação do Samu no município, a fim de identificar quais as dificuldades que o município encontra para a implantação do mesmo, e os dados referentes aos atendimentos de urgências realizados atualmente no município, e acompanhar as etapas, reuniões;
- Incluir em pauta nos Conselhos Municipais de Saúde, bem como criar um comitê responsável pela condução do processo de efetivação, e monitoramento de suas ações;
- Estabelecer indicadores mensais que evidenciem com exatidão os atendimentos realizados nos Pronto-Atendimentos, sejam eles de caráter clínico/ psiquiátrico e traumas, através de planilha do excel, com o objetivo de verificar o déficit nos atendimentos da atenção primária;
- Realizar a educação continuada nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, a fim de reforçar o atendimento e acompanhamento dos pacientes na atenção primária, com foco na promoção à saúde.

Para colocar em prática estas etapas, será necessário um período para a adequação destas propostas, visto que, inicialmente deverá haver a convocação dos gestores das Unidades de Saúde e do Pronto-Atendimento para conscientização e

exposição da importância da educação continuada e a realização de indicadores mensais, a fim de diminuir os atendimentos na atenção secundária, visando a atenção primária.

4.1.2 Recursos

Avaliação das ocorrências de urgências nos 02 pronto-atendimentos no período de janeiro de 2015 a novembro de 2015, em todos os turnos de trabalho obteve-se um valor equivalente a 146.800 mil atendimentos, destes 620 casos de situações de crise psiquiátrica. Considera-se um volume considerável de atendimentos, segundo dados do Ibge (2015) a população de Colombo esta estimada em 232.432 mil habitantes. Denota se então, a necessidade de garantir o atendimento integral atenção primária, reforçando a educação continuada nas unidades básicas de saúde e ESF a fim de garantir a promoção e prevenção à saúde.

Para implementação desta proposta serão utilizados os recursos humanos já existentes no quadro de funcionários do município, visto que não há previsão de contratação de novos neste momento, e será proposta a educação continuada aos técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com enfoque na melhoria da qualidade no atendimento na atenção primária, assim reduzir o número de atendimentos nos Pronto-Atendimentos.

4.1.3 Resultados esperados

Espera-se a partir do fluxograma apresentado, estimular a educação continuada permanente nas unidades de saúde, e que as mesmas possam acreditar que com isso existe a capacidade das reduções dos atendimentos nos Pronto-Atendimentos.

Por meio de indicadores instaurados nos Pronto-Atendimentos pretende-se observar quais os atendimentos que são mais prevalentes, e o gestor desta

comunicar as Unidades de Saúde para que reforcem os cuidados com os pacientes e estimulem vínculos na atenção primária.

Mesmo com um número não muito elevado de remoção com as ambulâncias, espera-se o consórcio com outros municípios: Pinhais e Piraquara, além da co-implantação de hospital geral por parte do governo estadual, a fim de que se garanta uma melhor assistência à população. Como um recurso mais ágil, pode-se também disponibilizar uma equipe técnica para o atendimento nas ambulâncias no município, sendo um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem a princípio.

4.1.4 Riscos esperados

A falta de efetivação na educação continuada junto aos funcionários foi avaliada através dos resultados deste projeto técnico. A educação continuada é um processo contínuo que deve ser realizado no mínimo uma vez ao mês. Para que de fato possa ser efetivada tal proposta, deve-se fazer um plano de ação com reuniões mensais, e listagem de presença dos funcionários.

Nos Pronto-Atendimentos devido ao grande fluxo de atendimentos diários, ocorre o risco de perder ou anotar os dados sejam atendimentos realizados, sejam eles clínicos, traumas e clínicos psiquiátricos. Portanto, deve-se incumbir o auxiliar administrativo para o registro destas informações em uma planilha específica.

No que tange à implantação do SAMU há ineficiência de recursos financeiros neste momento, logo deverá aguardar o consórcio com outros municípios da região metropolitana, para que de fato possa ser implantado este serviço na prestação do atendimento em urgência.

5 CONCLUSÃO

A reforma Psiquiátrica impulsionou e revolucionou os cuidados na saúde mental. Contudo temos que lidar com as situações de crise psiquiátrica, que é

considerado um dos nós na Reforma Psiquiátrica, devido ao preconceito que gera em torno da loucura.

Este estudo descreveu como o atendimento aos pacientes em situação de transtorno mental pode ser realizado, bem como apresentou algumas medidas para sua viabilização.

Atender pacientes em situações de crise psiquiátrica ainda é um desafio para os profissionais de saúde. Este atendimento exige conhecimento teórico e preparo. Conforme o fluxograma utilizado pelo município, os pacientes podem em uma situação de crise, ser encaminhados tanto para a atenção primária (Unidades de Saúde), quanto para a secundária (Pronto-Atendimentos). A partir do atendimento o foco é na estabilização do quadro, caso haja necessidade, este paciente pode ainda ser encaminhado aos Centros de Atenção Psicossocial para acompanhamento terapêutico com equipe multidisciplinar.

Há necessidade da educação continuada na atenção primária, visando a promoção e prevenção na saúde, diminuindo os atendimentos na atenção secundária e terciária, ambulatorios, Caps, hospitais e hospitais de alta complexidade respectivamente.

O presente estudo mostra-se relevante, à medida que demonstra a necessidade de uma atenção no nível primário, com capacitação dos profissionais, ACS (agentes comunitários de saúde), auxiliares e técnicos de enfermagem, para garantia na qualidade do atendimento. Mostrou também que a implantação do Samu é importante para a população de Colombo, uma vez que facilita a remoção nos casos urgentes, mas não é prioridade para este momento podendo aguardar mais um tempo para implantação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARROS, M.R; TUNG, C.T; MARI, J. J. de. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, Supl II, p. 571-577, out. 2010.

BARROS, R.B. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410580&search=parana/colombo>>. Acesso em: 15/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o funcionamento dos serviços de urgência e emergência. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 15/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 15/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600/GM de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Publicado em novembro de 2005. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 17/11/2015.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 16/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Saúde 2010.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em: 14/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção, relatório de gestão 2003-2007.** Publicado em janeiro de 2007. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_20032006.pdf>. Acesso em: 16/11/2015.

BORGES, O.M.F. O nascer da Reforma Psiquiátrica. **Rev. psicologado**. Publicado em maio de 2013. Disponível em: <<http://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/o-nascer-da-reforma-psiquiatria>>. Acesso em: 16/11/2015.

CAMPOS, C.M.S, BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-76, 2000.

COLOMBO. Prefeitura Municipal de Colombo. **Protocolo de saúde mental**. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br>>. Acesso em: 16/11/2015.

FERIGATO, S.H; CAMPOS, R.T.O; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Rev. de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FRIEDMANN, C.T; LESSES, I.M; AUERBACH, E. Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists at an adult outpatient clinic. **Hosp. Community Psychiatry**. v. 33, n.8, p. 663-4, 1982.

GONÇALVES, M.A; SENA, R.R.de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, p. 48-55. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 17/11/2015.

HILLARD, J.R. The past and future of psychiatric emergency services in the U.S. **Hosp Community Psychiatry**. v. 45, n. 6, p. 541-3, 1994.

MACHADO, M.A.F de, MONTEIRO, M.L.M, QUEIROZ, D.T, VIEIRA, C.N.F, BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MIRANDA, C.M.L. **Algumas questões sobre a assistência de Enfermagem Psiquiátrica de qualidade**. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. Cadernos do Ipub, v. 3, p.95-101, 1999.

NICÁCIO, M.F.S. de. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde)- Saúde Coletiva, Unicamp, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, L.S. **Tratado de Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

PAIM, J.S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Isc-Ceps, 2002.

PEDROSO, V.G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Rev. Mundo Saúde**, v. 29, n.1, p. 88-93, 2005.

SANTOS, M.S; COIMBRA, V.C.C; RIBEIRO, J.P. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. de Enfermagem UFPE on line**. v. 5, n.9, p. 2197-205, 2011.

SEVERINO, J.A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

SILVA, F.M.da. **Assistência aos pacientes em crise de um centro de referência em saúde mental de Belo Horizonte**. 288 f. Dissertação (Mestrado em Saúde)- Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2009.

STUART, G.W. **Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado competente**. Enfermagem psiquiátrica- princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

WILLRICH, J.Q; KANTORSKI, P. L; CHIAVAGATTI, G.F; CORTES, M. J; PINHEIRO, W. G. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. de Saúde Coletiva: Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a03.pdf> >. Acesso em: 16/11/2015.

VILLELA, C.S. de, SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 57, n. 6, p. 738-41, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1- TERMO DE AUTORIZAÇÃO.....	27
ANEXO 2- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PELA PREFEITURA.....	28

ANEXO 1- TERMO DE AUTORIZAÇÃO



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

Eu, Marilize Sonntag Okoinski, portadora do RG 8299366-5 e CPF 009510409-79 pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado, A IMPLANTAÇÃO DO SAMU PARA O AUXILIO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE COLOMBO: UMA QUESTÃO DE NECESSIDADE EM SAÚDE, de cunho acadêmico, o qual pertence ao curso de Pós Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Paraná, onde será realizada a coleta de dados através de documentos da Secretaria da Saúde do Município de Colombo, venho por meio deste me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente para o trabalho intitulado acima.

Atenciosamente,

Marilize Sonntag Okoinski

Ciente,

ANGELITA APARECIDA MUNIZ
ENFERMEIRA - COREN/PR 209.362
MATRICULA 10778
PREFEITURA DE COLOMBO

Coordenadora da Média e Alta Complexidade em Saúde do Município de
Colombo

CURITIBA, 05 DE NOVEMBRO DE 2015.

ANEXO 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PELA PREFEITURA**PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Colombo, 16 de Dezembro de 2015

Declaro que fui informado dos objetivos do levantamento de dados epidemiológicos, e concordo em autorizar a execução da mesma nas Unidades de Saúde solicitadas e também na Central de Transportes da Saúde. Caso necessário, a qualquer momento como instituição Co-participante desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo das usuárias do serviço de saúde.

Atenciosamente.

ANGELITA APARECIDA MUNIZ
Coordenadora da Média e Alta Complexidade

Rua XV de Novembro, 213
CEP 83.414-000 – Colombo - PR
Tel.: (41) 3656-3606
E-mail - atencaobasica@colombo.pr.gov.br